

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

КАФЕДРА Судебной медицины и патологической анатомии им. проф. П.Г. Подзолкова с курсом ПО

Рецензия профессора, ДМН кафедры судебной медицины и патологической анатомии им. проф. П.Г. Подзолкова с курсом ПО Чикун Владимир Ивановича на реферат ординатора первого года обучения специальности Судебная медицина Федотовой Алёны Александровны по теме: «Клинические и судебно-медицинские ошибки при диагностике сотрясения головного мозга. СМЭ тяжести вреда здоровью».

Рецензия на реферат – это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающий анализ степени раскрытия выбранной тематики, перечисление возможных недочетов и рекомендации по оценке. Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументированно защищать свою точку зрения. Написание реферата производится в произвольной форме, однако, автор должен придерживаться определенных негласных требований по содержанию. Для большего удобства, экономии времени и повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов.

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения специальности Судебная медицина:

Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
1. Структурированность	+
2. Наличие орфографических ошибок	-
3. Соответствие текста реферата его теме	+
4. Владение терминологией	+
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6. Логичность доказательной базы	+
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8. Круг использования известных научных источников	+
9. Умение сделать общий вывод	+

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарии рецензента:

Дата: 26.06.19

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого»

МЗ РФ Кафедра судебной медицины и патологической анатомии им. проф.
П.Г. Подзолкова с курсом ПО

Зав. кафедрой:
д.м.н., профессор Чикун В.И.
Руководитель:
д.м.н., профессор Чикун В.И.

Реферат

На тему: «Клинические и судебно-медицинские ошибки при диагностике
сотрясения головного мозга. Судебно-медицинская экспертиза тяжести вреда
здоровью»

Выполнила:
Ординатор 1 года
очной формы обучения
Федотова Алёна Александровна

Красноярск, 2019

СОДЕРЖАНИЕ.

Клинические и судебно-медицинские ошибки при диагностике сотрясения головного мозга	4
Судебно-медицинская экспертиза тяжести вреда здоровью	9
Список литературы.....	14

КЛИНИЧЕСКИЕ И СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ ОШИБКИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ СОТЯСЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Многолетний опыт проведения и рецензирования судебно-медицинских экспертиз при ЧМТ, а также анализ литературы по этому вопросу позволили обобщить наиболее типичные *клинические и судебно-медицинские ошибки* при сотрясении головного мозга.

Клинические ошибки

1. Ошибки начинаются уже со сбора *анамнеза* и указания на характер *жалоб* больных. В медицинских документах (карты стационарных или амбулаторных больных) нередко слишком кратко фиксируются обстоятельства травмы (или вообще не указываются). Часто не отмечается, имела ли место *потеря сознания* с указанием на характер его нарушения, *была ли рвота, тошнота* и т.д. В тех же случаях, когда факт потери сознания констатируется, не указывается длительность его утраты. Не регистрируется, имела (или имеет) ли место *амнезии*, ее характер (ретро, кон-, антероградная). Как правило, не определяются характер головной боли, ее периодичность, длительность и локализация. Важны также сведения о предшествующих травмах и заболеваниях, употреблении лекарственных веществ, наркотиков или алкоголя. Если необходимые сведения собрать не удастся (в случаях, например, алкогольного опьянения), то информацию можно получить от родственников, работников скорой помощи или врачей, ранее наблюдавших больных.

Тщательно собранный анамнез с учетом жалоб и оценка нарушенных функций нервной системы (неврологический статус) — основа точного диагноза и успешного лечения.

2. Недостаточно полное *неврологическое* обследование. Диагноз сотрясения головного мозга нередко ставится только на основе жалоб на потерю сознания (со слов больного) без тщательного и полного неврологического обследования.

В этом плане следует обратить внимание и на общеизвестный не одно десятилетие

симптом Маринеску-Радовича (ладонно-подбородочный рефлекс), который по непонятным причинам в медицинских документах не приводится. А ведь он является

одним из наиболее частых объективных и достаточно долго сохраняющихся клинических неврологических признаков сотрясения мозга.

3. Отсутствие *динамического наблюдения* и подмена его эпизодическим. Это приводит к тому, что в лечебных учреждениях острый период сотрясения мозга, когда еще можно установить объективные клинические проявления данной формы ЗЧМТ, бывает просто упущен. Динамичность симптомов при ЧМТ, а особенно при сотрясении головного мозга, требует для правильной диагностики и оценки течения травмы постоянного наблюдения за такими больными с регистрацией основных показателей через определенный интервал времени. Только сопоставление всех симптомов и их динамики позволяет установить правильный диагноз сотрясения головного мозга.

4. Недостаточное (эпизодическое) офтальмологическое и отоневрологическое

обследование больных без детального исследования глазного дна и вестибулярного аппарата в динамике.

5. Недооценка или игнорирование врачами *параклинических* методов обследования больных (рентгенография черепа и шейного отдела позвоночника, ЭЭГ, ЭхоЭГ, КТ, люмбальные пункции и др. с целью исключения переломов костей черепа и шейных позвонков, ушибов головного мозга, признаков субарахноидальных кровоизлияний, объемных процессов, шейного остеохондроза и др.). Это приводит к тому, что под видом сотрясения головного мозга длительное время стационарно и амбулаторно лечатся больные с шейным остеохондрозом, преходящим нарушением кровообращения в вертебробазилярной системе, цереброваскулярной и другой патологией, не имеющей никакого отношения к ЧМТ.

6. *Сходство симптоматики* сотрясения и ушиба мозга легкой степени является основной причиной частых диагностических ошибок. Нередко ушибы головного мозга легкой и даже средней степени идут под шаблонным диагнозом сотрясения мозга, иногда неправомерно поделенного на три степени. При этом "2-я и 3-я степени" сотрясения с так называемыми неврологическими микросимптомами (рефлекторная асимметрия, легкая анизокория, нерезко выраженные патологические стопные знаки и незначительная примесь крови в спинномозговой жидкости), свидетельствующие об очаговом поражении паренхимы мозга и его сосудов, являются нераспознанными, неяркими клиническими проявлениями ушиба головного мозга, принципиально и качественно отличного от функционально-динамического, структурно-интактного сотрясения мозга. Недооценка значимости этой диагностической ошибки в остром периоде травмы головного мозга может серьезно сказаться при дальнейшем развитии

заболевания в виде субарахноидального кровоизлияния, позднего арахноидита и даже эпилепсии [Бабчин И.С., 1972].

7. Встречаются случаи *гипо- и гипердиагностики* переломов костей основания черепа в случаях выставленного клинического диагноза сотрясения головного мозга. Гиподиагностика состоит в том, что переломы основания черепа нередко не распознаются из-за отсутствия характерных для них симптомов (наружного истечения крови, ликвореи из естественных отверстий носа, уха или горла), а также из-за PDF создан испытательной версией pdfFactory Pro недостаточно выраженного развития в типичных местах под покровами черепа гематомы: *периорбитальной* ("симптом очков" или "глаза енота" — по терминологии зарубежных авторов) — при переломе основания передней черепной ямки (свод и стенки орбиты), *подвисочной* (в виде припухлости над скуловой дужкой) — при переломе средней черепной ямки; *в области сосцевидного отростка* — при переломе задней черепной ямки (симптом Бэттла).

Весьма вероятен перелом передней черепной ямки при появлении отсроченного полулунной формы кровоизлияния в области верхнего века (распространению крови вниз препятствует тарзоорбитальная фасция). Подкожная эмфизема, определяемая пальпаторно в области века, свидетельствует о повреждении лобной пазухи, решетчатого лабиринта. Кроме того, часто периорбитальные кровоизлияния как признак перелома основания черепа развиваются сразу после ЧМТ, сочетанной с повреждением верхней челюсти (типа Ле Фор 2, 3).

Назальная ликворея может быть следствием перелома не только передней черепной ямки, но и пирамиды височной кости — в результате истечения ликвора в носоглотку по слуховой трубе. Чаще перелом пирамиды височной кости сопровождается отореей с примесью крови.

Отличить ликворею с примесью крови от носового кровотечения позволяет оценка симптома пятна на марлевой салфетке:

падающая капля кровянистого ликвора образует красное пятно в центре с желтоватым ореолом по периферии.

Гипердиагностика заключается в том, что кровотечение из носа или уха (ошибочно принимаемое за признак перелома основания черепа) возможно и вследствие трещин и переломов хрупкой решетчатой кости, носовых раковин или носовой перегородки, а также из разрыва тканей наружного слухового прохода и барабанной перепонки. Так называемый "симптом очков" возможен и при ударе в лобную область и область переносицы, даже без переломов костей носа.

Хотя для перелома передней черепной ямки и считается характерным отсроченное появление "симптома очков", однако он далеко не всегда свидетельствует о наличии перелома. Часто это следствие миграции крови при гематомах мягких тканей лобной области.

Нижние "полуочки" часто свидетельствуют о переломе костей носа с подкожным кровотечением из ветвей решетчатых артерий.

Ошибки в диагностике переломов костей основания черепа возникают и вследствие отсутствия или просмотра повреждений отдельных черепно-мозговых нервов: VII—VI и при переломах пирамидки височной кости; I, II, III, VI — передней черепной ямки и турецкого седла; IX, X и XII — задней черепной ямки.

8. Грубые ошибки медицинских работников в диагностике ЧМТ у лиц, находящихся в состоянии *алкогольного опьянения*, обусловлены:

а) недостаточным, поверхностным обследованием таких больных; б) некритической оценкой данных объективного исследования и анамнеза; в) трудностью распознавания легкой ЧМТ вследствие атипичной клинической картины и отсутствия полных анамнестических данных.

9. Серьезной ошибкой, за которую обычно в будущем расплачиваются больные с сотрясением и ушибом мозга легкой степени, является *нарушение правил обязательной госпитализации* пострадавших с острой ЧМТ, соблюдения ими лечебно-охранительного режима и положенных сроков постельного режима и стационарного пребывания. Эта ошибка особенно часто встречается в отношении пострадавших в состоянии алкогольного опьянения. Пренебрежение этими правилами может повлечь за собой инвалидизацию.

больных из-за постепенного перехода острого, функционально-динамического и обратимого состояния головного мозга в хроническое органическое заболевание.

10. Анализ медицинских карт стационарных и амбулаторных больных свидетельствует также, что одними из недостатков ведения медицинской документации являются: *чрезмерно краткое описание* повреждений мягких тканей (ссадины, кровоподтеки, раны), подмена морфологической характеристики в описании этих повреждений диагностическими терминами, отсутствие сведений об изменениях повреждений в динамике лечения, ошибочная морфологическая диагностика характера повреждений. Кроме того, часто не указывается их точная локализация. Все это затрудняет решение многих экспертных вопросов, в том числе о характере травмы, количестве, точных размерах и локализации телесных повреждений, механизме их образования, особенностях орудия травмы и др.

Изучение медицинских документов также показывает, что в них нередко встречаются небрежность и неразборчивость записей врачей, недописанные слова, пропуски слов, сокращения, грубые исправления, отсутствие записей и дат консультаций, несовпадение

диагноза в выписном эпикризе с заключительным клиническим диагнозом на титульном листе медицинской карты и др.

Судебно-медицинские ошибки

Ошибки при экспертизе ЧМТ прежде всего объясняются недостаточной подготовкой судебно-медицинских экспертов в области клинической нейротравматологии. Наиболее *типичными ошибками* являются следующие.

1. Недостаточное (поверхностное) судебно-медицинское обследование пострадавших: *недооценка данных анамнеза и жалоб*, т.е. в этом плане судебно-медицинские ошибки, по существу, те же, что и клинические. Вследствие этого пострадавшие не направляются экспертами на консультацию к врачам-клиницистам для исключения (или подтверждения) сотрясения головного мозга, шейного остеохондроза и другой патологии.

2. В случаях проведения судебно-медицинской экспертизы по медицинским документам эксперты зачастую довольствуются только теми данными, которые в них изложены. При этом не используется возможность освидетельствования пострадавших с целью устранения возможных клинических ошибок в плане назначения параклинических методов обследования (рентгенография и др.).

3. Недостаточное или некритичное использование медицинских документов:

а) использование кратких выписок вместо подлинных медицинских документов; б) недостаточно полное внесение в протокольную часть "Акта" или

"Заключения эксперта" данных из подлинных медицинских документов, иногда лишь сведений о состоянии пострадавшего в первые дни после травмы без описания дальнейшего течения ЧМТ, результатов использования лабораторных и параклинических методов обследования; в) использование только клинического диагноза или резюмирующей части консультаций специалистов без описания статуса и данных динамического клинического наблюдения, имеющих большое значение для оценки тяжести ЧМТ.

4. Судебно-медицинские эксперты нередко ограничиваются констатацией в медицинских документах отсутствия переломов костей черепа, без изучения рентгеновских снимков.

При повторном изучении снимков совместно с более опытным рентгенологом возможно установление повреждений костей черепа.

5. Экспертиза сотрясения головного мозга у детей в подавляющем большинстве случаев проводится только по материалам медицинских документов, что является крайне нежелательным и возможно лишь в исключительных обстоятельствах. Экспертизы подобного рода должны проводиться с участием детских специалистов — педиатра и невропатолога с обязательным изучением карты развития ребенка.

6. Одной из типичных судебно-медицинских ошибок при определении тяжести вреда

здоровью является отождествление продолжительности лечения с временем восстановления нарушенных в связи с ЧМТ функций. Последние могут восстановиться как до, так и после выписки из стационара, как до окончания амбулаторного лечения, так и в последующем периоде.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ТЯЖЕСТИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ

Исходными правовыми и нормативными положениями для проведения судебно-медицинской экспертизы являются ст. 79 п. 1, 184 УПК РФ, ст. 111, 112, 115 УК РФ, "Правила судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью" [М., 1996], другие ведомственные нормативные акты и методические рекомендации. Используются также междисциплинарная "Клиническая классификация и построение диагноза черепно-мозговой травмы" [М., 1986] и дополненная новыми данными "Классификация черепно-мозговой травмы" [М., 1992].

Судебно-медицинская экспертиза сотрясения головного мозга, в отличие от других видов экспертиз, имеет ряд особенностей.

Судебно-медицинская экспертиза потерпевших (даже в остром периоде), как правило, не выявляет каких-либо объективных признаков сотрясения головного мозга. Это происходит, во-первых, потому, что эксперты часто являются неподготовленными в области клинической нейротравматологии. Во-вторых, экспертиза назначается судебно-следственными органами в самые различные сроки, иногда значительно удаленные по времени от момента получения ЧМТ. В таких случаях, наряду с судебно-медицинской экспертизой потерпевшего, *экспертиза проводится только по подлинным медицинским документам* (карты стационарных и амбулаторных больных и др.), полнота и объективность которых являются предпосылкой объективной судебно-медицинской оценки ЧМТ.

Приступая к проведению судебно-медицинской экспертизы, эксперт должен изучить постановление следователя, уяснить поставленные вопросы и наметить план проведения экспертизы.

Перед обследованием потерпевшего необходимо удостовериться в его личности по паспорту или заменяющему его документу.

Судебно-медицинская экспертиза начинается с опроса, в ходе которого потерпевший рассказывает о времени и обстоятельствах получения повреждений, предъявляет жалобы на состояние здоровья. Рассказ должен носить свободный характер, уточняющие вопросы эксперта не должны быть наводящими.

Выясняется, имело ли место нарушение сознания, на какой период времени и в чем оно проявлялось, была ли рвота, тошнота, имеет ли место амнезия, какого характера, имеются ли головокружение, головная боль, ее локализация и какой она носит характер.

Важно также выяснить, имели ли место предшествующие ЧМТ или травмы позвоночника, время и обстоятельства их получения, где и какое было лечение.

При сборе анамнеза следует также обращать внимание на наличие предшествующих травме заболеваний головного мозга и шейного отдела позвоночника, эндокринных желез

(цереброваскулярная патология, шейный остеохондроз, тиреотоксикоз, хронический алкоголизм и др.).

Затем экспертом детально описываются установленные им телесные повреждения, их характер с медицинской точки зрения (ушибы мягких тканей, ссадины, кровоподтеки, раны), указываются их точная локализация, форма, размеры и другие особенности.

При подозрении на сотрясение (или ушиб) головного мозга, переломы костей мозгового черепа или лицевого скелета, шейный остеохондроз и другую патологию потерпевшие

должны быть направлены в лечебные учреждения для всестороннего клинико- лабораторного обследования (неврологическое, отоневрологическое, офтальмологическое исследование в динамике) с привлечением параклинических методов обследования (рентгенография, эхо-энцефалография, компьютерная томография, люмбальные пункции и др.).

Руководители и врачи лечебно-профилактических учреждений обязаны оказывать судебно-медицинскому эксперту, проводящему судебно-медицинскую экспертизу, содействие в проведении консультаций, клинического, лабораторного и инструментального обследований. Полученные при этом данные эксперт отражает в "Заключении эксперта" и вправе использовать их при формулировании выводов.

Если потерпевший перед проведением экспертизы находился на обследовании и лечении, то целесообразно предварительно изучить медицинские документы, для того чтобы составить представление об исходном состоянии организма перед травмой, первичной картине повреждений, о динамике неврологических симптомов, характере обследования и проведенной терапии.

В исключительных случаях (например, при отсутствии потерпевшего в данной местности) допускается проведение экспертизы только по подлинным медицинским документам (карты стационарных и амбулаторных больных и др.), если в них с достаточной полнотой отражены клинические и лабораторные данные, результаты параклинических методов обследования и функциональное состояние центральной нервной системы на день окончания лечения.

При проведении судебно-медицинской экспертизы по медицинским документам эксперт

оценивает характер травмы и степень тяжести вреда здоровью исходя из объективно установленных медицинских данных.

Анализ медицинских документов должен быть тщательным — по этапам лечения пострадавшего: с момента получения травмы до выздоровления или другого исхода.

Обязателен анализ результатов наблюдения за больным на протяжении всего срока стационарного и амбулаторного лечения с целью выявления и определения динамики развития изменений в нервной и других системах.

Если продолжительность временной утраты трудоспособности, указанная в медицинских документах, не соответствует характеру и клиническому течению обнаруженных повреждений, то эксперт отмечает это в своих выводах и оценивает тяжесть вреда здоровью по причине только объективно установленных повреждений.

Иногда, ориентируясь на анамнез (травмирована голова), заявления потерпевшего о помрачении или потере сознания, тошноте или рвоте, головокружении и головной боли при отсутствии каких-либо объективных изменений в состоянии здоровья, его госпитализируют с диагнозом "сотрясение головного мозга". Несмотря на то что в процессе обследования не находят объективных симптомов, госпитализация продолжается 2-3 нед., а затем следует выписка с тем же диагнозом.

При отсутствии в подлинных медицинских документах данных, объективно подтверждающих сотрясение головного мозга, это указывается в экспертном заключении без оценки тяжести вреда здоровью. Недоумение следователя по поводу длительной госпитализации эксперт может объяснить в своем заключении тем, что основанием для

помещения и пребывания в больнице явилось предположение врачей о наличии сотрясения мозга и необходимость в этой связи клинического наблюдения, так как при

наличии сотрясения головного мозга его объективные проявления могут быть обнаружены не сразу по поступлении в стационар, а в последующий период, который может достигать 1-2 нед. При таком клиническом подходе госпитализация является обоснованной.

Экспертный подход отличается от клинического тем, что требует обязательного наличия объективных признаков, обосновывающих диагноз ЧМТ. Поэтому между клиническим и экспертным подходами в таких случаях противоречий нет.

Не следует ограничиваться изучением в медицинских документах записей о результатах инструментальных исследований. Нужно всегда добиваться получения рентгеновских снимков. Записи в медицинских документах (даже рентгенологом) об отсутствии

повреждений черепа не являются основанием для отказа от исследования экспертом рентгенограмм, так как при повторном осмотре рентгеновских снимков совместно с более опытным рентгенологом повреждения черепа могут быть обнаружены.

Не следует также ограничивать изучение медицинских документов только картой стационарного больного, содержащей сведения о повреждениях, полученных в условиях расследуемого происшествия. *Для того чтобы правильно оценить их влияние на потерпевшего, необходимо изучить медицинские документы, характеризующие состояние здоровья в период, предшествовавший травме {сопутствующие острые и хронические заболевания, имевшиеся в прошлом ЧМТ и травмы позвоночника и др.}.* Для правильной оценки степени тяжести вреда здоровью в случаях сотрясения головного мозга у детей необходимо соблюдать следующие условия:

- проведение экспертизы комиссией экспертов с участием невропатолога,
- участие в комиссии специалиста-педиатра,
- клинико-лабораторное обследование ребенка в динамике,
- изучение карты развития ребенка,
- обследование ребенка психиатром.

Выводы в "Заключении эксперта" должны опираться на результаты экспертизы потерпевшего, амбулаторных, клинических, лабораторных и инструментальных исследований. Каждое положение выводов должно быть аргументировано и научно обосновано.

Ведущим квалифицирующим признаком в установлении тяжести вреда здоровью при сотрясении головного мозга является обоснованная объективными клиническими признаками и лабораторно-инструментальными данными длительность расстройства здоровья.

Во многих случаях в соответствии с "Правилами судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью" [М., 1996] *сотрясение головного мозга по признаку кратковременного расстройства здоровья относится к повреждениям, повлекшим легкий вред здоровью (ст. 115 УК РФ).* Под кратковременным расстройством здоровья следует понимать временную утрату трудоспособности продолжительностью не свыше 3 нед. (21 день). Если временная утрата трудоспособности превышает 3 нед. (21 день), что обосновано клиническими и лабораторно-инструментальными данными, то *сотрясение головного мозга по признаку длительного расстройства здоровья продолжительностью свыше 3 нед. (более 21 дня) должно быть оценено как повреждение, повлекшее за собой вред здоровью средней тяжести (ст. 112 УК РФ).*

При определении срока окончания расстройства здоровья должно учитываться время, к которому нарушенные в результате травмы функции полностью восстановились.

Время восстановления нарушенных в связи с травмой функций не должно отождествляться с продолжительностью лечения, так как функции могут восстановиться как до, так и после выписки потерпевшего из стационара, или до окончания амбулаторного лечения, или в последующий период.

Посткоммоционный синдром в большей степени является психологической проблемой, поэтому судебно-медицинской оценке не подлежит.

При оценке тяжести вреда здоровью, причиненного лицу, страдающему каким-либо заболеванием, следует учитывать только последствия ЧМТ. При этом эксперт должен определить влияние травмы на заболевание (обострение заболевания, переход его в более тяжелую форму). Этот вопрос целесообразно решать комиссией экспертов с участием соответствующих специалистов клинического профиля.

Ухудшение состояния здоровья потерпевшего в результате дефектов оказания медицинской помощи по поводу причиненных ему повреждений устанавливается комиссионно с участием соответствующих специалистов и не является основанием для констатации увеличения степени тяжести вреда здоровью, вызванного травмой. В подобных случаях судебно-медицинские эксперты обязаны указать в заключении

характер наступившего ухудшения или осложнения и причинную связь его с телесным повреждением, а также с дефектами оказания медицинской помощи.

Вопрос об исходах сотрясения мозга должен решаться не ранее чем через 3 мес после получения травмы, в связи с тем что в отдаленном посттравматическом периоде иногда могут быть установлены очаговые симптомы, свидетельствующие об органическом поражении нервной системы, что является основанием для определения величины

стойкой утраты общей трудоспособности по таблице процентов утраты трудоспособности в результате различных травм (см. в Приложении).

Однако в таких случаях всегда следует иметь в виду, что довольно часто у лиц, имевших предшествующие заболевания нервной системы (например, дисциркуляторные энцефалопатии) или перенесенные в прошлом ЧМТ разной степени тяжести и получивших сотрясение головного мозга, длительное время наблюдаются различные неврологические симптомы (нистагм, сглаженность носогубной складки, девиация языка и др.), которые в большинстве случаев не исчезают в посттравматическом периоде.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Датий А.В. Судебная медицина и психиатрия . –М.: ПРОСПЕКТ, 2007.
2. Попов В.Л. Судебная медицина. –М.: Юристъ, 2006.
3. Самойличенко А.Н. Судебная медицина. Конспект лекций . –М.: ИНФРАМ, 2006.
4. Судебно-медицинская экспертиза (избранные вопросы) Практическое пособие / Автор-составитель: П.П. Грицаенко. –Екатеринбург 2004.
5. Томилин В.В. Судебная медицина. –М., 2004
6. Кустов А.М., Самищенко С.С. Судебная медицина в расследовании преступлений. Курс лекций. – М.: Московский психолого-социальный институт, 2002.
7. Лихолетов С.М., Ручкин В.А., Чапуркин В.В. Некоторые аспекты проведения судебно-медицинской экспертизы в России Эксперткриминалист, 2007, № 4. С.15-16
8. Россинская Е.Р. Судебная экспертиза в уголовном, гражданском, арбитражном процессе. М.: Норма, 2005.
9. Смахтин Е.В. Некоторые тенденции развития судебных экспертиз. Эксперткриминалист, 2006, № 2. С.14